

結核患者票記載事項変更届

年 月 日

(あて先)

京都市長

住所
申請者 氏名

患者氏名		公費負担者番号									
生年月日	年 月 日 () 歳	受給者番号									
交付日	年 月 日	承認 期間	自	年 月 日							
承認医療内容	37条 ・ 37条の2		至	年 月 日							

下記のとおり変更します。

変更が生じる日	年 月 日	
変更事項 ※該当項目に☑すること	新	旧
☐ 指定医療機関※1		
☐ 医療の種類※2	別添「結核患者医療費公費負担申請書B(診断書)」のとおり	
☐ 患者氏名		
☐ 患者住所		
☐ 健康保険証		
☐ その他 ()		
理由		

※1 指定医療機関を変更する場合は、下記の「主治医の意見書」欄に記載が必要です。

※2 医療の種類を変更する場合は、別途主治医が記載した「結核患者医療費公費負担申請書B(診断書)」の添付が必要です。

以下は、医療機関変更の場合に記入してください。

主治医の意見書

年 月 日

医療機関

上記の患者について、指定医療機関の変更を認めます。

意見	
----	--

(注)この届には患者票を添えて提出してください。

結 3 3